

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 53

DES TUMEURS

DU VOILE DU PALAIS

ET DE LA VOUTE PALATINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 25 JUILLET 1891

PAR

J. LECLERC

Né à Martres-Tolosane (Haute-Garonne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (*)..... DOYEN
BERTIN-SANS ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie.....	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	CASTAN (*).
Clinique médicale.....	GRASSET.
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Id. HÉDON (Ch. de c.)	
Clinique chirurgicale....	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale....	HAMELIN (*)
Anatomie.....	PAULET (O.*.*).
Pathologie interne.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Pathologie externe (Ch. de cours).....	ESTOR.
Opérations et appareils (Ch. de cours).....	FORGUE.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des vieillards.	MM. REGIMBEAU, agrégé (*).
Histologie.....	BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. DE GIRARD	MM. VILLE	MM. BROUSSE
SERRE	FORGUE	SARDA
REGIMBEAU (*)	TRUC	ESTOR
BLAISE	GERBAUD	HEDON
BAUMEL	GILIS	LECERCLE

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TÉDENAT, <i>président</i> .	MM. TRUC, agrégé.
FORGUE, professeur.	SARDA, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émis-s dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MON NEVEU

A MON BEAU-FRÈRE

J. LECLERC.

MEIS ET AMICIS

J. LECLERC.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

J. LECLERC.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555606_0049

INTRODUCTION ET PLAN

Le sujet que nous avons choisi nous a été inspiré par M. le professeur Tédénat. Nous ne saurions mieux commencer, qu'en lui témoignant notre profonde reconnaissance pour les conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous remercions également M. le professeur Kiener des deux savantes études anatomiques qu'il a daigné nous communiquer et le prions d'agréer l'expression de notre sincère gratitude.

Notre intention n'est pas de faire l'étude complète de la question ; nous ne traiterons que ce qu'elle a de plus récent.

Nous laisserons donc de côté les tumeurs syphilitiques et cancéreuses, qui sont connues depuis trop longtemps, pour n'être pas bien étudiées, et nous ne ferons que mentionner l'épithélioma, dont l'histoire, quoique plus nouvelle, n'en est pas moins bien établie.

Après avoir examiné chaque variété de tumeur en particulier, nous en présenterons une étude synthétique.

Nous prions nos Juges de nous accorder toute leur indulgence et d'apprécier les efforts que nous avons tentés pour condenser les travaux accomplis et les comparer aux résultats de nouvelles recherches pour en tirer nos conclusions.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES TUMEURS

DU VOILE DU PALAIS

ET DE LA VOUTE PALATINE

ANATOMIE DE LA VOUTE PALATINE

Le palais se compose de deux couches ; une supérieure, osseuse, et une inférieure, muqueuse, séparées par une couche glandulaire.

La muqueuse adhère au périoste du palais, mais pas dans toute son étendue. Son adhérence, en effet, n'a lieu qu'au niveau de l'arcade alvéolaire, sur la ligne médiane et sur le tiers antérieur de l'espace compris entre le raphé médian et la parabole alvéolaire.

La couche glandulaire fait défaut au niveau de ces points, mais dans le reste de la voûte palatine elle est très épaisse et forme plusieurs plans superposés.

Cette couche se prolonge en arrière avec les glandes considérablement développées du voile du palais, où elle atteint

jusqu'à un demi-centimètre d'épaisseur. Latéralement elle se continue en descendant jusqu'à la mâchoire inférieure, au niveau du collet de la dernière grosse molaire où elle forme un groupe important ; enfin elle s'applique au prolongement postérieur de la glande sous-maxillaire.

Entre ses papilles, la muqueuse présente des orifices qui ne sont autres que les embouchures des glandes sous-jacentes et dont le nombre est en rapport avec celui de ces dernières.

C'est ainsi que, très nombreuses en arrière, elles diminuent progressivement en avant, et font complètement défaut vers le tiers antérieur.

Au voile du palais, il existe une couche de glandes supérieure, mais elle est bien moins importante que la couche inférieure ; ce qui rend compte du peu de cas des tumeurs glandulaires développées à ses dépens. Nous en citerons un cas, dû à Tillaux et relaté dans la *Gazette médicale* (Paris, 1885).

Les deux couches de glandes sont séparées l'une de l'autre par le muscle staphylin et par l'aponévrose palatine.

Il résulte de ces détails anatomiques que les tumeurs glandulaires de la voûte palatine siègeront exclusivement près du rebord alvéolaire, entre ce bord et le raphé médian et dans les deux tiers postérieurs. En vertu de la continuité de la couche glandulaire de la voûte et du voile, ces deux régions seront le plus souvent envahies simultanément. L'adénome supérieur du voile fera saillie dans le pharynx nasal, tandis que l'adénome inférieur se développera dans la cavité buccale.

KYSTES.—Les kystes de la voûte palatine y sont très rares. Saucerotte, de Lunéville (*Gaz. méd. de Paris*, 1856), a publié un cas de kyste séreux palatin jusqu'à ce jour unique, et observé sur une femme de trente ans. Il fut traité et guéri par la ponction suivie de l'injection iodée.

Ad. Henrot (*Union méd. du Nord-Est*, 1880) aurait vu un kyste sébacé de la voûte, mais on doit se demander si cette dénomination a été exactement appliquée à une tumeur née dans une région où il n'existe pas de glandes sébacées.

Il peut arriver que des kystes se développent pendant la vie intra-utérine; d'après Guyon et Thierry (*Arch. de physiologie*, 1860), les nouveau-nés présentent souvent de petites tumeurs kystiques.

Legroux a fait connaître un cas de kyste dermoïde opéré par A. Richard (*Bull. de la Soc. anatomique*, Paris, 1867). Enfin, Desprès, dans son *Traité du diagnostic des tumeurs*, en cite un autre exemple chez le nouveau-né :

« Le sujet présentait, pendant les deux premiers jours après sa naissance, une gêne excessive de la respiration; une tumeur du volume d'une pomme d'api s'insérait par un pédicule assez long sur le pilier antérieur du voile et obstruait en partie l'isthme du gosier. »

Nous n'avons pu, malgré les recherches les plus minutieuses, en recueillir d'autres cas.

ANÉVRISMES. — Les anévrismes ne se produisent que sur les artères palatines postérieures. Il en existe deux cas dans la science. L'un est dû au docteur Teirling (*Gaz. méd. de Paris*, 1856), l'autre à Gross, de Philadelphie (*Syst. of Surgery*, vol. II). La guérison fut obtenue, dans le premier cas, par la cautérisation au fer rouge; dans le second, par l'ouverture du sac et la ligature des deux bouts du vaisseau.

Un troisième cas a été observé (*Gaz. méd. de Paris*, 1883) par M. le professeur Dubrueil :

« Il s'agissait d'un anévrisme de la carotide interne développé dans la moitié gauche du voile du palais et ne manifestant sa présence par aucun des symptômes caractéristiques des tumeurs sanguines. La muqueuse qui le recouvrait ne présen-

tait ni coloration anormale ni adhérences ; le doigt percevait une sensation de dureté, de rénitence, mais on ne sentait ni fluctuation ni pulsations. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire. On porta le diagnostic de tumeur solide ; adénome ou sarcome. »

En présence des caractères de la tumeur, il était impossible de diagnostiquer, pendant la vie, un anévrisme. L'absence de fluctuation, de pulsations, de réductibilité, devait exclure toute idée de tumeur sanguine, développée dans la région, et à plus forte raison celle d'anévrisme né aux dépens d'une artère aussi importante que la carotide interne (Muratet, thèse de Montpellier, 1883).

Mais, en général, le diagnostic n'offre pas ces difficultés. On reconnaîtra l'anévrisme à ces caractères ordinaires. Panas (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1872) cite le cas d'un fibrome naso-pharyngien faisant saillie dans la cavité buccale après avoir perforé la voûte et qui présentait des pulsations analogues à celles d'une tumeur sanguine ; mais dans ce cas le développement du polype dans tous les sens était assez considérable pour faire exclure l'idée d'un anévrisme.

Le petit volume ordinaire de ces tumeurs rend leur extraction facile. On peut opérer comme Teirling ou Gross, ou recourir, comme Dubrueil, aux injections coagulantes de perchlorure de fer.

POLYPES MUQUEUX. — Ils sont très rares. Implantés sur le bord libre du voile ou sur la luette, ils irritent la base de la langue et l'isthme du gosier, produisant un chatouillement désagréable, des nausées et des accès de suffocation, par le même mécanisme que l'allongement hypertrophique de la luette.

Barrière (thèse de Montpellier, 1878) en cite un cas dû au Dr Nepveu et publié dans le *Bulletin de la Société anatomi-*

que de Paris, en 1875. La tumeur, avait une couleur rosée et un aspect verruqueux et mamelonné tout spécial. Verneuil avait porté le diagnostic d'adénome, mais après extirpation il reconnut la structure du papillome. Sa largeur était d'environ 8 à 10 millimètres et elle s'étendait de la base à la pointe de la luette.

Courtade (thèse de Paris, 1885) en cite huit cas. Il dit que ces petites tumeurs pédiculées, constituées par des papillomes vrais, avec dilatation plus ou moins grande des vaisseaux, s'observent en général sur des sujets atteints depuis longtemps d'inflammation chronique de la gorge. Elles siègent, tantôt sur la face supérieure du voile, tantôt à sa face inférieure ou sur les piliers.

Enfin Chipault (*Bull. de la Soc. anatomique de Paris*, 1890) rapporte l'exemple d'une fillette de douze ans, toussant depuis des années, avec sensation de corps étranger dans la gorge. Ces accidents étaient occasionnés par une petite tumeur pédiculée du volume d'un noyau de cerise, implantée sur le bord libre du voile, à la base de la luette et à sa droite.

Une production sessile de même nature, mais moins volumineuse, était à côté d'elle. Le diagnostic de papillome fut confirmé par l'examen histologique.

L'extirpation, le plus souvent très simple, met fin à tous les accidents qui résultent de la présence de ces néoplasmes.

LIPOMES. — Les lipomes vrais sont fort rares, il est plus fréquent de constater des myxomes, dans lesquels l'élément graisseux entre pour une large part. Mais de véritables lipomes ont été observés. Dans une thèse sur les tumeurs du palais, Ott (*loc. citato*) en rapporte deux cas dont l'un, observé par Richet sur un vieillard de quatre-vingt-deux ans, occupait

le voile ; l'autre, publié par M. Cartaz, siégeait à la voûte palatine.

Dans le premier cas, une tumeur molle, pâteuse, du volume d'un œuf de poule, d'une coloration jaunâtre visible par transparence à travers la muqueuse distendue et amincie, obstruait complètement l'isthme du pharynx. Elle était oblongue et s'étendait du bord palatin du voile à la base de la langue, ne laissant à droite qu'un passage étroit entre elle et le pilier antérieur. Développée dans l'épaisseur du voile, elle n'avait contracté aucune adhérence ni avec le pharynx ni avec les piliers.

Elle fut très facilement énuclée, et l'examen histologique fit voir qu'elle était entièrement formée d'éléments graisseux.

Labat, dans une thèse sur les lipomes de la cavité buccale, cite un cas de lipome de la voûte, recueilli dans le service de M. Ollier (Paris, 1874).

Le malade, âgé de dix-huit ans, entra le 16 mai 1870 à l'hôtel-Dieu de Lyon, porteur d'une tumeur de la voûte du volume d'une grossenoix et dont il ne put fixer le début. Elle était parfaitement indolente et les symptômes fonctionnels sans gravité. Elle était implantée sur la voûte s'étendant d'une part jusqu'au voile du palais du côté gauche sans le déborder, de l'autre sur la voûte palatine jusqu'à 3 centimètres du rebord alvéolaire. Du côté droit elle dépassait légèrement la ligne médiane. Son volume égalait environ celui d'un œuf de poule ; elle était bilobée, donnant l'aspect de deux tumeurs arrondies, molles, fluctuantes, recouvertes par la muqueuse saine. Pas d'adénite sous-maxillaire.

L'énucléation de la tumeur fut très facile et opérée sans anesthésie. A l'examen histologique, lipome.

MYXOMES. — On ne les observe que très rarement. Deux cas sont connus jusqu'ici, appartenant au service de M. Ver-

neuil et à celui de M. Gosselin, et dans lesquels la nature myxomateuse de la tumeur fut confirmée par l'examen histologique.

Dans le premier cas, publié par Thaon, interne des hôpitaux (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1872), un vrai myxome siégeait sur la partie droite du voile. Son volume était celui d'une grosse noix, sa consistance ferme et uniforme. Il avait mis plus de six ans à se développer et jamais aucun signe de malignité n'avait paru.

L'énucléation, très facile, fut effectuée avec une spatule sans la moindre hémorrhagie.

« Les couches périphériques grises de la tumeur étaient formées de glandules salivaires normales ; la totalité, de couleur jaunâtre, était formée d'un stroma composé de cellules adipeuses d'assez grandes dimensions, contenant un noyau appliqué sur les parois. Ces vésicules étaient logées dans un tissu muqueux formé de cellules étoilées et d'une substance intercellulaire ayant les caractères de la mucine. Dans ce stroma étaient disséminés les lobules des glandes salivaires palatines hypertrophiées, formées d'épithélium passant sur quelques points à la dégénérescence muqueuse. C'était un vrai myxome lipomateux. » (In *Dict. encyclopédique.*, art. PALAIS.)

FIBROMES. — Les fibromes proprement dits sont très rares au voile du palais. Le premier cas nettement établi est dû à Panas (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1867). Un autre plus récent et authentique a été relaté en 1878 par Sabatier, interne des hôpitaux, et opéré par Desgranges (*Lyon médical*).

La tumeur s'était développée lentement, et il n'y avait jamais eu de signes de généralisation. Son volume était assez considérable pour gêner, d'une manière notable, la phonation

et la déglutition. Sa consistance était ferme et ses limites nettement tracées. Jamais de symptômes douloureux.

A l'examen anatomique, on put constater que la tumeur était entourée d'une membrane fibreuse ; à la coupe, elle criait sous le scalpel ; elle pesait 200 grammes.

La plus grande partie était constituée par du tissu fibreux, mêlé à de très nombreuses fibres élastiques, signe de bénignité. En certains points plus mous, la tumeur était myxomateuse. Çà et là des vacuoles plus ou moins grandes, tapissées d'épithélium pavimenteux, représentaient les culs-de-sac glandulaires distendus. En somme, le tissu fibreux prédominait et justifiait la dénomination de fibrome.

Nous publions un nouveau cas recueilli par M. Sacaze, interne, dans le service de M. le professeur Tédénat et rapportée dans le *Montpellier médical* d'avril 1891. Ce cas est aussi remarquable par sa rareté et son évolution insolite que par les difficultés opératoires qu'il a suscitées. Nous ne croyons pas qu'il existe un cas analogue dans la littérature médicale.

OSTÉOMES. — Chassaignac a insisté sur les exostoses qui se montrent à la voûte palatine, et pour lui ces tumeurs seraient constantes dans la syphilis, au début de la période tertiaire. L'exostose médio-palatine ne s'observerait que chez eux.

Il y a là une exagération, car on peut observer de semblables exostoses chez des sujets qui ne sont nullement syphilitiques.

Ces tumeurs se distinguent par leur siège, leur consistance, leur immobilité, leur fusion avec l'os.

ENCHONDROMES. — Les enchondromes de la voûte palatine sont très rares. Une observation très intéressante en a été fournie par M. Trélat à la Société de chirurgie (*Bull. de la*

Soc. de chirurgie, 1877). La tumeur s'était développée depuis un an chez un jeune homme de dix-neuf ans. Elle occupait la moitié droite du voile du palais ; sa consistance était dure, presque ligneuse.

L'énucléation en fut facile, et l'examen histologique, pratiqué par Malassez, démontra qu'il s'agissait d'un adéno-chondrome né dans l'intérieur d'une glande salivaire.

On trouve dans la *Gazette des hôpitaux* de 1888 un cas d'adéno-chondrome volumineux du voile, ayant amené la mort par asphyxie. Il s'agissait d'un homme de cinquante-sept ans, qui ne s'était aperçu de sa lésion que depuis trois ans. Il succomba quelques heures après son entrée à l'hôtel-Dieu de Lyon, service de M. A. Poncet.

La tumeur pesait 150 grammes, elle avait à peu près la dimension d'une mandarine ; la muqueuse, quoique distendue, n'était pas ulcérée. Pas d'adhérence solide avec le voile : elle fut énucléée facilement.

L'examen histologique fut pratiqué par M. Auguste Pollosson, dont voici la note :

« La tumeur du voile du palais est composée de deux ordres d'éléments qui ne prennent pas une part égale à sa constitution. On y rencontre : 1° des éléments épithéliaux en très petite quantité ; 2° des formes diverses du tissu conjonctif, principalement des formes myxomateuse et enchondromateuse.

» Bien que non lobulée à la surface, la tumeur est composée sur la coupe par des masses arrondies, entourées par du tissu fibreux. Ces masses, qui sont macroscopiquement hyalines et translucides, présentent une élasticité telle qu'elles bombent sur la coupe non encore montée entre deux lamelles. Elles sont de dimensions variant entre 1 millimètre et 1 centimètre de diamètre. Leur forme est assez régulièrement ronde ou ovale. Les travées qui séparent ces masses ont en

moyenne un demi-millimètre de diamètre, mais il en existe de beaucoup plus minces. Nous étudierons successivement les masses hyalines et les travées qui les séparent.

» Les masses hyalines sont composées d'une substance fondamentale et d'éléments cellulaires. La substance fondamentale est très abondante relativement aux éléments cellulaires ; elle est parfaitement amorphe dans certains points, et légèrement fibrillaire en d'autres endroits ; elle ne se colore que très peu par le picro-carmin, c'est à peine si elle prend, sous l'influence de ce réactif, une teinte rosée très pâle. Sur quelques masses hyalines, on constate dans la substance fondamentale une notable proportion de tissu élastique. Ce tissu élastique se présente, soit sous forme d'un réseau de fibrilles extrêmement fines, soit sous forme de fibres volumineuses pelotonnées sur elles-mêmes.

» Les éléments cellulaires sont de plusieurs variétés. On trouve, disséminées dans la substance fondamentale, de petites cellules fusiformes ou étoilées qui s'anastomosent quelquefois les unes avec les autres ; elles présentent les caractères de celles du myxome à petites cellules. Ce tissu myxomateux constitue la totalité de certaines masses hyalines. D'autres masses présentent, à côté d'éléments semblables, des capsules de cartilage très facilement reconnaissables avec leur paroi à double contour. Ces capsules ne renferment pour la plupart qu'une cellule à protoplasma granuleux et un seul noyau. A la périphérie de ces cellules cartilagineuses encapsulées, la substance fondamentale se colore en rose plus vif et est plus parfaitement hyaline. Les masses hyalines renferment aussi des éléments embryonnaires ; quelques-unes en contiennent une abondante quantité ; dans ces cas, c'est à la périphérie, tout près des travées enveloppantes, que ce tissu embryonnaire est le plus abondant.

» Les travées qui entourent les masses hyalines ne consti-

tuent qu'une partie relativement minime de la masse de la tumeur. Elles sont constituées par du tissu fibreux. C'est dans leur épaisseur que l'on rencontre çà et là des tubes épithéliaux : toutes les travées n'en renferment pas, celles qui en renferment n'en contiennent qu'un petit nombre. Ces éléments épithéliaux sont constitués par des tubes de forme variable, suivant qu'ils sont coupés en travers, obliquement ou en long. Ces tubes présentent un revêtement régulier de cellules en briques, à noyau unique, volumineux. Ces cellules sont disposées sur une seule couche ; on trouve pourtant quelques points où elles sont disposées sur deux couches. La plupart de ces tubes n'ont pas de lumière, mais quelques-uns en ont une ; elle est alors remplie par des blocs hyalins réfringents ou même par des éléments en dégénérescence granulo-graisseuse. Le contenu de ces tubes démontre bien leur nature épithéliale, adénoïde.

» Les vaisseaux de la tumeur sont de petit volume, ils sont placés dans les travées. On trouve quelques capillaires à la périphérie des masses hyalines, surtout quand les éléments embryonnaires y sont abondants ; mais on ne rencontre pas de vaisseaux au sein même du tissu chondro-myxomateux.

» L'interprétation de cette tumeur est difficile, surtout à cause du petit nombre des tubes épithéliaux. Il est probable que ces tubes ont été le point de départ de la tumeur qui aurait été primitivement un adénome et que plus tard le stroma conjonctif a évolué pour son propre compte vers le type muqueux et cartilagineux. Cette évolution se serait faite avec une activité telle que le tissu interstitiel aurait étouffé à peu près complètement les éléments épithéliaux et aurait pris une telle prédominance qu'il donne actuellement à la tumeur les caractères généraux d'un chondro-myxome. L'histoire de l'évolution de cette tumeur est hypothétique, mais on trouve dans l'histoire des néoplasmes des exemples de ce

genre. M. le docteur Bonnet cite dans sa thèse des évolutions semblables de la substance intercellulaire dans les tumeurs organoïdes. Dans un travail sur l'épithéliome alvéolaire, M. Malassez décrit une tumeur épithéliale dont le tissu interstitiel a évolué vers le type muqueux et a pris un développement considérable; cet auteur a trouvé, dans le cas qu'il étudie, des phases de transition qui lui permettent d'écrire l'histoire de l'évolution de sa tumeur. Or les phases les plus avancées de la pièce étudiée par M. Malassez ressemblent à peu près complètement à la phase actuelle de celle que nous avons examinée. En somme, notre tumeur présente actuellement les caractères d'un chondro-myxome dont l'origine probable est dans un adénome du voile du palais. »

Nous publions un nouveau cas d'enchondrome observé sur un jeune homme de douze ans et plus volumineux que celui dont nous venons de parler. Ces deux faits sont très-remarquables, car il est rare de voir une tumeur du voile du palais déterminer des accidents aussi graves de suffocation. Notre observation est de plus un exemple de la difficulté opératoire, lorsque la tumeur atteint de grandes dimensions.

ADÉNOMES. — Ces tumeurs sont celles qu'on observe le plus fréquemment au voile du palais. Elles sont dues en majeure partie à l'hypertrophie des éléments glandulaires.

L'adénome se développe le plus souvent aux dépens de la face inférieure du voile, exceptionnellement sur la face supérieure; quelquefois aux dépens de la voûte et du voile. Nous citons un cas d'adénome supérieur observé par Tillaux (*Gazette médicale de Paris*, 1885). La ligne médiane n'est jamais envahie, mais toujours la tumeur occupe une des parties latérales du palais, surtout le côté gauche. Le volume de ces productions varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de poule et au-delà; leur développement est lent

et indolent; les troubles fonctionnels sont subordonnés au volume du néoplasme, mais dans certains ils sont nuls ou insignifiants malgré les dimensions considérables de la tumeur. Nous citons un cas dans lequel la tolérance était vraiment remarquable.

Les adénomes sont des formations arrondies, bosselées, toujours indolentes, même à la pression. Ils présentent une surface granitée analogue à celle qu'on observe sur les adénomes des lèvres. Leur consistance est ordinairement dure; rénitente, leur forme sphérique et leurs limites d'une netteté qu'explique la coque fibreuse dont ils sont constamment entourés.

Jamais on n'observe d'ulcération ni de dégénérescence ganglionnaire.

Au point de vue de leur structure, on peut dire que les adénomes sont, pour la plus large part, constitués par l'hyperplasie de éléments épithéliaux glandulaires. Mais rarement la tumeur est exclusivement formée de masses épithéliales, il s'y mêle le plus souvent des éléments conjonctifs en proportion variable, et capables de constituer, ici des tumeurs mixtes typiques, là des tumeurs où l'élément épithélial a presque complètement disparu. Ce dernier état se voit le plus souvent à un stade avancé de l'évolution du néoplasme.

Ajoutons qu'on trouve souvent, dans la même formation, non seulement une grande abondance de tissu conjonctif, mais encore celui-ci peut, dans la même tumeur, affecter des formes différentes.

C'est ainsi que M. le professeur Kiener a pu trouver, dans le cas d'adénome soumis à son observation, des masses épithéliales formant la plus grande partie de la tumeur, du tissu cartilagineux; en quelques points, des vésicules adipeuses, etc... Ce cas a été aussi un exemple de la grande ten-

dance qu'ont les cellules épithéliales et la trame qui les sépare à subir la dégénérescence muqueuse. En certains points, en effet, des cavités kystiques s'étaient formées par ce mécanisme, remplies d'un liquide colloïde tenant en suspension des débris épithéliaux.

Disons enfin que dans certains cas on a trouvé le stroma riche en cellules embryonnaires; nous verrons au chapitre des sarcomes quelle interprétation on peut donner de ce fait.

La prédominance, tantôt du tissu interstitiel, tantôt du tissu épithélial, a été le point de départ de deux théories opposées pour expliquer l'origine des néoplasmes glandulaires.

Virchow, Billroth, Lucke, Ranvier et Cornil incriminent le système conjonctif. Pour eux, l'hyperplasie des glandes ne saurait jamais se faire en tissu sain, mais toujours dans une gangue fibreuse, myxomateuse, sarcomateuse, etc..., ces éléments néoplasiques ayant la propriété de provoquer dans les culs-de-sac un travail de prolifération.

Telle n'est pas l'opinion de Lebert, de Verneuil, de Broca, qui, frappés de la prépondérance constante de l'épithélium glandulaire, le rendent responsable des accidents. C'est aussi la théorie qu'a soutenue Fonnegra, élève de Cornil, dans une thèse où il appelle les adénomes, des épithéliomes enkystés (thèse de Paris, 1882). M. de Larabrie (de Nantes) soutient la même opinion (*Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie*, 1890). Enfin voici comment Max Hoffmann (*Revue de Hayem*, 1890) explique l'évolution d'un cas de tumeur mixte du voile observée par lui.

Il s'agissait d'une production remplissant toute la bouche et se continuant du côté droit avec le rebord alvéolaire. En arrière, elle s'étendait jusqu'à la paroi postérieure du pharynx et oblitèrait complètement l'orifice postérieur des fosses nasales. Elle avait même perforé le palais et envahi le nez. La tumeur n'était pas sensible au toucher; elle était dure et

recouverte d'une muqueuse normale, sauf en un point grand comme une pièce de vingt pennings et qui était ulcéré. On diagnostique un enchondrome et l'opération est effectuée. La tumeur est enlevée par fragments. Elle avait complètement envahi l'antre d'Highmore. Au bout d'un mois, deux noyaux avaient repullulé. Ils furent détruits au thermocautère.

La tumeur était formée de tissu cartilagineux et de tissu épithélial. Hoffmann décrit 3 phases dans son développement :

Une première phase d'adénome qui aurait eu pour point de départ les glandes de la muqueuse palatine ;

Dans la deuxième, les végétations épithéliales deviennent atypiques, prennent l'aspect du carcinome ; en même temps, les parties cartilagineuses apparaissent dans le tissu conjonctif inter-acineux.

Enfin, dans la troisième, le développement exubérant du cartilage tend à étouffer les parties épithéliales. En somme, dit Hoffmann, il s'agit d'une tumeur mixte, comprenant des parties épithéliales, d'autres cartilagineuses, et qui manifeste une tendance à devenir exclusivement cartilagineuse, par suite des progrès de son développement (*Revue de Hayem*, 1890, p. 675, rapport par M. Ch. Monod).

Disons que la question est loin d'être tranchée. Certainement, les néoformations épithéliales gardent le plus souvent le pas sur les transformations conjonctives ; mais est-ce une raison suffisante pour les rendre, dans tous les cas, primordialement responsables des accidents ? Existe-t-il un fait dans lequel on ait assisté au début de la néoformation pour surprendre son point de départ.

Nous nous contentons de dire que les deux théories nous paraissent chacune trop exclusive, et qu'il est permis de supposer que la néoplasie peut débiter aussi bien dans le système épithélial que dans la trame conjonctive.

SARCOMES. — Nous avons déjà signalé l'existence, dans certains cas, d'éléments embryonnaires au milieu des cellules épithéliales hyperplasiées de l'adénome.

Le premier exemple de ce genre est dû à Desprès ; Coyne en publia l'examen histologique (*Gaz. méd. de Paris*, 1874) et donna à la tumeur le nom d'adéno-sarcome.

Les cliniciens s'élevèrent contre cette dénomination attribuée à une tumeur dont la marche n'avait jamais trahi aucun symptôme de malignité ; mais, depuis cette époque des observations plus probantes ont été publiées, qui démontrent la possibilité du sarcome malin et récidivant du palais.

La première en date a été recueillie par M. le professeur Tédénat, alors interne des hôpitaux à Lyon. Cette observation est antérieure à celle de Coyne, puisqu'elle date de 1873 ; elle ne fut publiée qu'en 1878 (thèse de Barrière, Montpellier, 1878).

Il s'agissait d'un homme âgé de quarante-huit ans. Pendant la vie, la tumeur n'avait manifesté aucun signe de malignité, elle était dure, rénitente ; la muqueuse n'était que faiblement adhérente. Elle ne fut pas opérée à cause du mauvais état général du malade, atteint de nombreuses cavernes. Pas d'engorgement ganglionnaire. Dans les derniers temps, la tumeur augmentait rapidement de volume (M. Tédénat).

« Après quelques jours de macération dans le liquide de Müller, des coupes furent pratiquées et colorées au carmin.

» De nombreuses cellules fusiformes constituent la trame du néoplasme. Entre les faisceaux divergents ou parallèles qu'elles forment, on voit les glandes comprimées, étranglées en certains points, dilatées en d'autres, et formant de petites poches remplies de débris épithéliaux.

» On trouve çà et là des îlots de tissu embryonnaire, à côté desquels existent quelques rares cellules aplaties, contede 4 à 10 noyaux (cellules à myéloplaxes de Robin). A la périphérie de la tumeur, il y a une zone de tissu embryonnaire

pur. En aucun point, à l'œil nu ou à la loupe, on n'a trouvé de tissu adipeux ; l'examen microscopique permet de constater son absence.

» En résumé, nous avons affaire à une de ces tumeurs appelées par Billroth adéno-sarcomes. Sa structure la rapproche des sarcomes malins (sarcome embryonnaire ou encéphaloïde). »

Un autre exemple recueilli également par M. le professeur Tédénat en 1876 (thèse de Barrière, 1878) est plus probant, parce que la tumeur, de nature sarcomateuse, s'était en même temps révélée par des symptômes de malignité. En voici le résumé : Un homme de quarante-quatre ans se présente avec une tumeur siégeant à la face inférieure du voile, et grosse comme un œuf de poule. La malade dit qu'il s'est aperçu de la lésion il y a environ six mois, la tumeur étant alors du volume d'une aveline. Le développement a donc été d'une rapidité peu commune aux tumeurs du palais. Jamais aucun phénomène douloureux ; les symptômes fonctionnels sont assez marqués.

La tumeur est lisse, plutôt molle que dure, la muqueuse est peu mobile sur elle, mais n'offre aucune trace d'inflammation. Quelques petits ganglions durs dans les régions rétro-maxillaires et parotidienne gauche (côté de la tumeur).

Le malade est opéré et la tumeur se laisse facilement énucléer.

Elle a la structure d'un sarcome embryonnaire.

Deux mois après, il y a récurrence. La tumeur devient bientôt très volumineuse, tout le voile du palais est épaissi et présente des nodosités arrondies à sa face inférieure. Les ganglions maxillaires sont engorgés. Le teint est jaune cancéreux.

Cette récurrence rapide fait rejeter l'idée de toute intervention nouvelle (Tédénat).

Voilà évidemment plus qu'il n'en faut pour démontrer la pos-

sibilité de l'adéno-sarcome. Nous devons ajouter que son évolution, bénigne dans certains cas, peut trouver une explication dans la barrière que lui oppose la membrane fibreuse résistante qui l'enveloppe comme toutes les autres tumeurs du palais.

Les symptômes de l'adéno-sarcome sont absolument les mêmes dans sa période de bénignité que ceux de l'adénome.

ETUDE SYNTHÉTIQUE

ÉTIOLOGIE

On ne sait rien sur les causes occasionnelles qui donnent naissance à ces diverses espèces de tumeurs du palais ; quant aux causes prédisposantes, la seule influence qui ait été signalée et qui paraisse réelle est celle de l'âge.

Dans les observations que nous avons lues, on peut remarquer que la maladie a débuté le plus souvent avant l'âge de quarante ans, quelquefois à un âge beaucoup moins avancé. Cette question de l'âge doit être prise en sérieuse considération lorsqu'on a à établir le diagnostic différentiel entre ces tumeurs relativement bénignes et le cancer.

Un autre fait se dégage de l'analyse des observations. C'est que ces néoplasmes ne sont pas tous également fréquents. Ceux que l'on observe le plus souvent sont l'adénome, l'ostéome et l'enchondrome.

Cette notion étiologique, sans être d'une grande valeur, ne sera cependant pas sans importance. Si le diagnostic par exemple était pendant entre un adénome et un fibrome, la plus grande fréquence du premier autoriserait à conclure en sa faveur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'aspect extérieur de ces divers néoplasmes est variable, de couleur rosée, quelquefois jaunâtre.

Ils sont entourés (caractère constant) d'une coque fibreuse, d'épaisseur variable, de laquelle partent de nombreux tractus qui divisent la masse en une multitude d'alvéoles.

Cette membrane enkystante empêche la néoformation de contracter avec les parties voisines aucune adhérence intime; il en résulte que l'énucléation est très facile. Elle oppose de plus une barrière puissante au progrès de la néoplasie et son envahissement par les éléments embryonnaires rend compte de la rapidité que prennent quelquefois des tumeurs qui jusqu'alors avaient évolué comme des tumeurs bénignes.

Ces productions sont rarement constituées par un seul tissu. Ce sont le plus souvent des formations mixtes, dans lesquelles se mêlent en proportion variable le tissu conjonctif sous une forme variable et le tissu épithélial. De telle sorte que les termes de fibrome, myxome, chondrome, etc., ne rendent pas aussi bien compte de leur structure que ceux d'adéno-fibrome, d'adéno-myxome, etc.

Dans beaucoup de cas, la trame conjonctive est mixte, formée en même temps par les tissus fibreux, myxomateux, cartilagineux, adipeux.

Quelquefois le stroma est riche en cellules embryonnaires et la tumeur est appelée adéno-sarcome.

Dans les tumeurs jeunes, l'élément épithélial est le plus souvent prépondérant; mais plus tard, par suite de la réaction

du stroma, il tend à diminuer, et à tel point que dans certains cas il semblerait n'avoir contribué en rien à la formation de la tumeur.

Il faut encore remarquer que les éléments épithéliaux ont une grande tendance à subir la dégénérescence muqueuse; d'où la formation de cavités kystiques quelquefois en très grand nombre.

Si l'on presse la tumeur, le plus souvent il n'en sort rien que la matière molle, caséeuse, contenue dans ces kystes.

Quelquefois, cependant, on obtient quelques gouttes d'un liquide blanchâtre, non miscible à l'eau, ce qui le distingue du suc cancéreux.

M. Robin a rencontré dans la moitié des tumeurs qu'il a analysées de petits calculs de carbonate de chaux, analogues à ceux que l'on rencontre dans les glandes salivaires à l'état sain.

SYMPTOMATOLOGIE

On peut diviser les symptômes des tumeurs du palais en fonctionnels et physiques.

Les premiers sont d'ordre purement mécanique et varient suivant le volume de la tumeur et son point d'implantation. Tantôt c'est une toux rebelle amenant parfois des vomissements et occasionnée par un polype du voile de la luette ; tantôt, lorsque la tumeur est comprise dans l'épaisseur du voile, celui-ci est plus ou moins déformé, la respiration gênée, la déglutition entravée, la voix plus ou moins modifiée.

Mais ce sont là des troubles propres à toutes les lésions de l'organe ayant pour effet d'augmenter irrégulièrement son épaisseur et qui n'ont rien de spécial à celles qui nous occupent.

Un point plus important mérite d'être signalé. C'est la comparaison que l'on peut faire entre des cas d'une gravité extrême et les cas d'une tolérance vraiment remarquable. Il y a des exemples de mort par asphyxie alors que des malades étaient si peu incommodés par leur mal, qu'ils ne s'en sont aperçus que grâce à l'intervention d'un tiers. Ainsi l'individu qui fait le sujet de l'observation fut tout étonné lorsque sa femme lui fit remarquer qu'il était atteint d'une tumeur du voile, grosse comme une noix.

L'indolence est constante, même à la pression, et constitue un signe très important.

Pour faciliter l'étude des symptômes physiques, nous distinguerons les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes, et parmi ces dernières nous ne parlerons que des productions

solides, parce que l'étude des néoplasmes de nature liquide ne peut être faite que pour chacun d'eux en particulier.

Un caractère commun à toutes les tumeurs bénignes du palais est qu'à leur niveau la muqueuse est intacte et glisse au devant d'elles sans y adhérer. On pourrait peut-être expliquer cette absence constante d'ulcération en disant que, si jamais on ne l'a observée, c'est que dans aucun cas on n'a laissé le néoplasme atteindre un volume suffisant, en raison de la gravité des troubles qu'il eût occasionnés.

Il est plus souvent facile de constater la mobilité de la tumeur sur les parties sous-jacentes ; elle donne quelquefois la sensation d'un corps lisse, fuyant sous la pression des doigts. Les limites sont toujours très nettes et marquées par un sillon appréciable même à la vue, lorsque la néoplasie s'est développée à la voûte. La forme se rapproche de la forme sphérique.

La face supérieure du voile est exceptionnellement envahie. Le plus souvent c'est la face inférieure, et la tumeur y reste cantonnée ; plus rarement la voûte est atteinte, et moins fréquemment encore la voûte et le voile sont pris en même temps. L'une des deux moitiés latérales du palais est ordinairement respectée et l'on ne connaît qu'un cas où les deux régions aient été atteintes simultanément. Il s'agissait d'un lipome bilobé et dont les deux lobes étaient séparées par l'adhérence de la muqueuse au niveau de la ligne médiane de la voûte (Labat, thèse de Paris, 1874).

On doit encore faire remarquer que leur consistance peut ne pas être homogène. Ainsi, dans les variétés kystiques et hémorrhagiques, on trouve à côté de parties dures et élastiques des points fluctuants, de même que dans les tumeurs où se mêlent en proportion variable le tissu myxomateux ou lipomateux, par exemple, et le tissu cartilagineux.

Leur marche est essentiellement lente ; chez beaucoup d'in-

dividus, le début remontait à plusieurs années ; mais il peut arriver que, dans certains cas, elles prennent tout à coup un accroissement rapide et nécessitent la prompte intervention du chirurgien. C'est là surtout le fait de l'adéno-sarcome, qui jusque-là est resté bénin, se révèle par tous les symptômes de la malignité.

DIAGNOSTIC

Il y aura, dans certains cas, quelque difficulté à s'assurer que la tumeur s'est bien développée dans la région. On ne pourra y arriver que par une exploration minutieuse de la cavité buccale. On a conseillé, pour faciliter cet examen, l'administration préalable de bromure de potassium, destinée à diminuer l'excitabilité réflexe de la base de la langue et à éviter les efforts de vomissements.

Le cas le plus simple est celui d'un néoplasme de la voûte ; mais il ne faut pas oublier que celle-ci peut être perforée par une tumeur née dans une région voisine, qui vient ainsi faire saillie dans la bouche.

Panas relate le fait d'un fibrome nasal ayant évolué de la sorte, et qui pouvait en imposer à première vue pour un anévrisme du palais.

Dans le cas d'adénome supérieur, la déformation du voile sera à peu près le même que pour un polype fibreux de l'orifice postérieur. Il faudra alors introduire le doigt, recourbé en crochet, dans la bouche, et ce moyen permettra de reconnaître si vraiment la tumeur occupe l'épaisseur du voile.

Nous ne ferons que signaler le cas d'anévrisme de la carotide interne observé par M. le professeur Dubrueil. Nous l'avons déjà décrit et nous avons insisté sur l'impossibilité qu'il y a eu d'établir le diagnostic pendant la vie.

Mais avant d'aller plus loin on devra se demander si la tumeur est bénigne ou maligne. La solution de cette question, si importante tant au point de vue du pronostic que du traitement, aidera beaucoup pour le diagnostic différentiel.

Nous adopterons donc la division des tumeurs du palais en bénignes et malignes.

Les premières comprennent des tumeurs liquides et des tumeurs solides. Les tumeurs malignes sont toutes solides.

Il n'est pas toujours facile de distinguer une tumeur liquide d'une tumeur solide. La fluctuation est parfois très nette dans le lipome, et cette sensation trompeuse est telle, qu'il serait possible de conclure à une collection liquide. Mais la lobulation, si elle existe, la ponction exploratrice lèveront tous les doutes. Dans un cas, on voyait à travers la muqueuse la coloration jaunâtre du tissu adipeux. On pourrait enfin, à l'exemple de Nélaton, plonger une aiguille dans la tumeur et lui faire opérer un mouvement de circumduction complet, s'il s'agissait d'une formation liquide.

Dans les formes kystiques et hémorrhagique, il ne faudra jamais négliger d'explorer le néoplasme dans toute son étendue. Il ne reste plus alors qu'à déterminer la variété de la tumeur liquide. Est-ce un kyste, un anévrisme ou une tumeur érectile ? On ne saurait hésiter longtemps entre ces trois productions. Tandis que la muqueuse sera lisse et saine dans le kyste, elle dessinera les dilatations variqueuses de la tumeur érectile et présentera encore, dans ce cas, une coloration violacée caractéristique.

L'anévrisme sera réductible, animé de battements isochrones à la systole cardiaque ; il ne se développe qu'en certains points déjà fixés dans notre étude de chaque variété des tumeurs en particulier.

Est-il besoin de faire le diagnostic différentiel avec un abcès ? Dans tous les cas, l'aspect de la muqueuse, la marche de la lésion, les symptômes généraux de la formation du pus ne suffiront-ils pas pour éviter toute confusion ?

Il est beaucoup plus difficile et souvent impossible de reconnaître la variété des tumeurs solides et bénignes.

L'ostéome sera caractérisé par son siège exclusif au niveau de la voûte, par sa consistance spéciale, son immobilité, sa fusion avec l'os.

Le papillome, implanté sur le bord libre du voile ou de la luette, le plus souvent pédiculé, présentera une consistance molle, une couleur rosée, un aspect mamelonné et verruqueux qui lui est propre. Cependant ces signes peuvent manquer au point qu'un clinicien éminent, M. Verneuil, porta le diagnostic d'adénome, alors qu'il s'agissait d'un polype de la luette, ce qui fut démontré par l'analyse histologique.

Le lipome se distinguera du myxome par sa lobulation caractéristique, mais le plus souvent ce signe fera défaut et la distinction ne pourra être faite.

La difficulté devient encore plus grande pour différencier le fibrome, l'enchondrome et l'adénome.

Les mêmes symptômes leur appartiennent; tout au plus pourrait-on dire que dans l'enchondrome la consistance est plus ferme que dans l'adénome, mais ce signe n'a qu'une valeur relative en raison du mélange des tissus cartilagineux et adénomateux qui peut exister dans la même formation.

Quant au fibrome on ne sait qu'une chose, c'est qu'il est plus rare que les autres néoplasmes.

Pour ce qui est de différencier l'adénome de l'adéno-sarcome, la difficulté est toujours insurmontable pendant la période de bénignité; plus tard, il se révèle par les symptômes ordinaires des tumeurs malignes.

PRONOSTIC

Le pronostic doit être d'autant plus réservé, que le diagnostic est le plus souvent incertain.

Il ne faudra pas, en l'absence des signes de malignité, conclure forcément à une tumeur bénigne. Nous avons vu en effet qu'une tumeur qui s'était montrée et avait longtemps persisté avec des allures tout à fait innocentes, pouvait subitement prendre une marche rapide et envahissante, de manière à constituer une affection d'une gravité extrême.

TRAITEMENT

Barrière, dans sa thèse, cite les cas d'une adénome du voile observé par M. le professeur Grynfeldt, et qui disparut en quelques mois, grâce à l'usage d'un sirop concentré d'iodure de potassium. Nous nous demandons si l'efficacité du traitement anti-syphilitique n'eût pas dû faire changer le diagnostic, et, dans tous les cas, cet exemple restant unique ne prouve pas que l'on doive recourir au traitement médical qui reste toujours inefficace.

D'un autre côté, la disparition spontanée n'ayant jamais été observée, c'est au traitement chirurgical que l'on devra toujours recourir.

Nous rappellerons la marche insidieuse des néoplasmes du palais, les proportions inquiétantes qu'ils acquièrent parfois rapidement, l'incertitude du diagnostic au point de vue de l'adéno-sarcome, pour démontrer que toujours on devra recourir sans retard à l'opération de choix.

L'incision, seule ou aidée de la cautérisation, convient au traitement des tumeurs liquides, mais ce procédé est insuffisant quand il s'agit de tumeurs solides.

Dans les cas douteux, on peut faire une ponction exploratrice, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques nécessaires dans un milieu où se rencontrent d'aussi nombreuses chances d'infection, et, si la tumeur était solide, recourir le plutôt possible à l'extirpation.

Cette opération ne présente aucune difficulté, lorsqu'il s'agit d'une néoplasme de petit volume. Dans ce cas, une incision de

la muqueuse suivant le grand axe permet de le découvrir, et son énucléation soit avec les doigts soit avec une spatule s'effectue aisément. L'hémorrhagie est le plus souvent nulle ou insignifiante.

Pour éviter au patient des douleurs trop vives, nous conseillons, comme nous l'avons vu pratiquer avec succès par M. le professeur Tédénat, des badigeonnages de la région avec une solution de cocaïne.

Mais, lorsque la tumeur atteint des dimensions considérables, il est nécessaire de recourir à l'anesthésie.

Quelque agent que l'on emploie, il faut se préoccuper des dangers qui peuvent résulter de l'introduction du sang dans les voies aériennes, car si l'écoulement sanguin n'est pas abondant dans les cas de petites tumeurs, il peut ici acquérir de fortes proportions.

En 1874, Rose, dans les Archives de Langenbeck, préconisa un procédé excellent pour obvier aux inconvénients de l'hémorrhagie, et qui permet, en outre, un bon éclairage du champ opératoire.

Il consiste à endormir le patient, sa tête étant en dehors de la table et pendant en extension forcée. Ainsi le sang obéissant aux lois de la pesanteur, fait issue au dehors.

Le docteur Weiss (de Nancy) a modifié un peu cette manière d'agir, en ce sens qu'au lieu de laisser la tête pendre perpendiculairement, il se contente de la placer sur un plan très fortement incliné en bas. Il ajoute (*Mém. de la Soc. de méd. de Nancy*, 1882) que le procédé de Rose ne peut être utilisé que pour les jeunes gens, et que chez les sujets au-dessus de trente ans, on est exposé en raison de la congestion veineuse à de graves hémorrhagies.

Mais le mieux, toutes les fois que les dimensions du néoplasme font redouter un écoulement de sang abondant, est de

recourir à la trachéotomie et de pratiquer l'oblitération de la trachée, autour ou au-dessus de la canule.

Trendelenbürg a inventé une canule qui présente à sa partie moyenne un ballon en caoutchouc qu'on peut, après introduction, distendre par insufflation. De cette façon, l'oblitération de la trachée est complète et le malade respire librement par la canule que l'on peut encore utiliser pour l'anesthésie.

Mais la gaine en caoutchouc dans laquelle on insuffle l'air peut ne pas fonctionner ou se rompre, et c'est là un inconvénient de la canule de Trendelenbürg, sans compter la gêne considérable qu'elle produit chez beaucoup de malades.

A plusieurs reprises, nous l'avons vue employée par M. le professeur Tédénat, qui préfère se servir de la canule ordinaire et oblitérer les voies aériennes avec de larges nappes de gaze au salol, qu'il tasse abondamment à leur entrée.

Il a employé ce procédé chez les deux malades qui font le sujet de nos observations I et IV, et aussi dans le courant de juillet, pour l'ablation d'un énorme polype naso-pharyngien.

M. le professeur Tédénat a également eu recours à ce moyen pour plusieurs amputations totales de la langue par la méthode de Withehead.

CONCLUSIONS

1° Les néoplasmes du palais comprennent de nombreuses variétés.

2° Ce sont le plus souvent des tumeurs mixtes et non des tumeurs simples.

3° On ne saurait encore se prononcer d'une manière absolue sur leur origine épithéliale ou conjonctive.

4° L'adéno-sarcome existe au palais aussi bien qu'à la parotide, et la possibilité de cette variété sous les apparences les plus bénignes commande, dans tous les cas, une intervention hâtive.

5° L'extirpation est la seule méthode qui convienne, précédée, lorsque la tumeur est volumineuse, de la trachéotomie et du tamponnement de la cavité pharyngienne, ainsi que nous l'avons vu pratiquer par M. le professeur Tédénat.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Fibrome du maxillaire supérieur ayant envahi consécutivement le voile du palais (obs. recueillie et publiée par M. Sacaze, interne dans le service de M. le professeur Tédénat).

Un homme de cinquante ans entre à l'hôpital le 16 décembre 1890 pour une tumeur dont le début, remontant à quatorze ou quinze ans, a été marqué par l'apparition d'une petite nodosité siégeant dans les parties molles de la joue, au niveau des grosses molaires supérieures.

Il n'y a jamais eu de phénomènes douloureux très accentués, et le néoplasme a augmenté de volume d'une façon progressive.

Au moment de son entrée, la joue est rouge et tuméfiée avec bourrelet érysipélateux, recouverte de phlyctènes hématiques ou purulents; les paupières sont tuméfiées; ce sont en un mot tous les signes d'un érysipèle intense.

Par la palpation, on sent une tumeur du volume d'une grosse mandarine, adhérent au maxillaire supérieur, un peu au-dessus des dernières alvéoles.

En arrière de l'angle de la mâchoire, la région fait saillie et le palper donne la sensation d'une masse dure, comparable à la grosse extrémité d'un œuf de poule.

En faisant ouvrir la bouche au malade, la muqueuse apparaît rouge, gonflée, pâteuse, et présente une surface ulcérée avec des points de mortification. C'est qu'elle a été mordillée par les dents entre lesquelles la tumeur la repousse.

° Le voile du palais est rouge, il est le siège d'une tumeur grosse comme un œuf de poule sur laquelle la muqueuse antérieure jouit d'une légère mobilité. Le doigt, glissé le long du bord inférieur du néoplasme, le sent s'amincir à la naissance du pilier postérieur. Celui-ci est dédoublé par un cordon fibreux cylindrique réunissant la tumeur intra-palatine avec celle qui fait saillie en arrière de l'angle de la mâchoire et qui occupe l'épaisseur de la paroi droite du pharynx.

En raison de ces signes, M. le professeur Tédénat se demande s'il ne s'agit pas là d'un sarcome à point de départ osseux et dont le développement trop avancé paraît devoir faire rejeter toute intervention.

Cet homme, depuis le début de l'inflammation de la face, se plaint de douleurs dans la tête; l'œil cependant ne semble nullement atteint, de même que les fosses nasales.

21 décembre. — La rougeur érysipélateuse de la face a complètement disparu. L'œdème des paupières a bien diminué; la température est devenue progressivement normale. En outre, notre malade respire plus facilement. Les légères érosions des joues sont à peu près complètement cicatrisées; plus d'exsudation de sérosité.

23. — Légère hémorrhagie dans la matinée. La saillie formée par la tumeur à l'intérieur de la bouche est plus considérable que les jours précédents. Ce développement rapide ne fait que rendre plus sombre le pronostic et plus périlleuse l'intervention.

24. — On apprend que pendant la nuit le malade, se sentant très gêné pour respirer, a essayé de diminuer avec son couteau la portion de la tumeur faisant saillie dans la bouche; l'hémorrhagie a été peu abondante, malgré le nombre et la profondeur des blessures.

M. le professeur Tédénat se décide alors à opérer.

25 décembre.— *Opération.*— M. le professeur Tédénat pratique la trachéotomie, suivie du tamponnement du pharynx avec de la gaze iodoformée.

Une incision verticale de la joue est pratiquée sur le milieu de la tumeur, dans une étendue de cinq centimètres environ.

La séparation d'avec les parties molles est facile pour la partie postérieure du néoplasme, mais en avant il existe des adhérences avec la muqueuse enflammée et qu'il faut exciser.

La tumeur étant énucléée, de grosses pinces courbes sont fixées sur son pédicule fibroïde et adhérent au périoste sus-alvéolaire. On sectionne en dehors.

Pour l'ablation des tumeurs palatines et de celle qui occupe l'épaisseur de la paroi du pharynx, M. le professeur Tédénat pratique une incision verticale et antéro-postérieure de la muqueuse du voile. Puis, les lèvres de la plaie étant écartées, il fait l'énucléation avec le doigt. Celui-ci glisse alors le long du pédicule contenu dans le pilier postérieur et va décoller la portion incluse dans l'épaisseur de la paroi du larynx.

La cavité buccale est ensuite bourrée de gaze iodoformée et la joue suturée.

Le malade non anesthésié a supporté l'opération sans exhaler une plainte.

A la coupe, la tumeur présente une couleur nacrée, uniforme; elle ne fournit pas de suc laiteux à la pression.

L'examen histologique est pratiqué; il s'agissait d'un fibrome.

Le 28 février, le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION II

Adénome du voile du palais (recueillie dans le service de M. le professeur Tédénat par M. Bonnemaïson, externe). Examen anatomique par M. le professeur Kiener.

Casimir Troussaud, trente-deux ans, maçon, entre à l'hôpital le 11 juin 1891, pour une tumeur du voile du palais. Il ne peut préciser la date du début et ne s'en est aperçu que par hasard, il y a à peu près un mois et demi ou deux mois.

Les symptômes fonctionnels sont nuls.

L'indolence parfaite, même à la pression.

Un premier médecin consulté avait confondu la tumeur avec un kyste et ponctionné plusieurs fois sans résultat.

Un autre docteur ordonna des badigeonnages à la teinture d'iode. Ils furent très douloureux et amenèrent une ulcération qui subsiste encore.

La tumeur siège sur la partie droite du voile ; elle semble partir du bord postérieur de la voûte. Un sillon obliquement transversal, la sépare de la partie postérieure des gencives. Elle bombe en avant et a à peu près 6 centimètres de large, sur 7 ou 8 de longueur.

Elle se délimite très bien à la partie antérieure : du côté externe par la ligne déjà indiquée, du côté interne par un sillon oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans. Ce sillon aboutit à la luette qui est déviée à droite. La muqueuse est saine sauf une ulcération de la dimension d'une pièce de 20 centimes, occasionnée par l'application de la teinture d'iode.

La tumeur est légèrement mobile, de consistance ferme et rénitente. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le 13 juin, on pratique l'opération. Le malade n'est pas endormi. La voûte palatine et le voile sont badigeonnés avec une solution de cocaïne. Une incision longitudinale est pratiquée au thermocautère suivant le grand axe de la tumeur. Celle-ci apparaît blanchâtre sous la muqueuse. On dissèque la loge contenant la tumeur avec une sonde cannelée et une pince. L'énucléation est rapidement effectuée avec le doigt. Pendant l'opération, le malade n'a presque pas souffert. Trois fois on lui a donné un moment de répit pour cracher. Il n'y a pas eu d'hémorragie. Le malade quitte l'hôpital le 20 juin ; la plaie est presque complètement cicatrisée.

Examen macroscopique. — La tumeur a le volume d'une grosse noix ; elle est arrondie, mamelonnée, bien limitée par une enveloppe conjonctive, de consistance ferme sans être dure. Elle montre à la coupe une structure manifestement acineuse, un aspect rosé, demi-transparent, avec des grains miliaires jaunâtres et secs, qu'on ne voit qu'à la loupe et des fentes lacunaires irrégulières.

Examen histologique. — Des fragments très frais ont été durcis dans l'alcool, puis par l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les coupes ont été colorées, soit par le carmin chlorhydrique, soit par le picro-carmin. Elles se composent d'un stroma et de formations épithéliales.

Le stroma est constitué par des travées très irrégulières, tantôt larges, tantôt étroites. Les plus larges correspondent à la division lobulaire signalée à l'examen macroscopique ; elles renferment des coupes de vaisseaux et de canaux excréteurs qui seront décrits plus bas. Sa structure est assez variable : tantôt c'est un tissu fibreux, dense, à fibres larges et à cellules aplaties ; tantôt c'est un feutrage de fines fibrilles à cellules rameuses, tantôt une plaque cartilagineuse à cellules

encapsulées, tantôt enfin sur quelques points le tissu est adipeux.

Dans les travées fibreuses périlobulaires, on voit de nombreuses sections de canaux excréteurs, la plupart dilatés, anfractueux et kystiques. Leurs parois sont tapissées d'un revêtement de cellules pavimenteuses dont les plus extérieures sont cylindriques, et les plus internes aplaties et quelquefois cornées.

La lumière renferme un liquide de consistance muqueuse et des débris cellulaires. Certains de ces canaux constituent de longues lacunes courbes, embrassant dans leur convexité la moitié ou les trois quarts d'un lobule adénomateux, et l'on voit alors s'ouvrir dans leur lumière des canaux excréteurs secondaires qui se ramifient dans l'intérieur du lobule.

Dans l'intérieur des lobules, les formations épithéliales ont tantôt l'aspect de tubes ramifiés terminés par des culs-de-sac encore enveloppés d'une paroi propre, tantôt de traînées épithéliales anastomosées entre elles, n'ayant plus de paroi distincte et se terminant quelquefois par des pointes d'accroissement qui s'enfoncent dans le stroma.

L'épithélium présente dans un certain nombre de ses formations le type glandulaire, la rangée externe se composant de cellules cylindriques et le centre étant occupé par des cellules cubiques ou diversement déformées par la pression. Cependant un plus grand nombre de ces formations tendent nettement au type épidermique, en ce sens que la partie centrale de la travée est composée de cellules malpighiennes unies entre elles par de fins prolongements. Dans les travées les plus larges, les cellules centrales se désagrègent, perdent leurs noyaux et prennent l'aspect de lamelles cornées. Quelquefois, ces lamelles cornées sont pelotonnées en forme de globe perlé. Elles correspondent alors aux petits grains secs constatés à l'examen macroscopique. Ailleurs les cellules cen

trales de la travée subissent une fonte en gouttelettes et sont ainsi l'origine de kystes à contenu colloïde.

En résumé, cette tumeur est formée par un stroma fibreux cartilagineux, et par des formations épithéliales à évolution épidermique. Elle est tout à fait comparable à certaines formes d'adéno-chondromes qu'on observe fréquemment dans les glandes salivaires.

OBSERVATION III

Adénome du voile du palais ayant eu pour point de départ la couche glandulaire supérieure.

(Tillaux, *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1885)

Une femme atteinte d'une tumeur lacrymale du côté droit, présente en même temps une tumeur des fosses nasales, occupant le même côté.

Le premier signe de la maladie actuelle apparut il y a dix-huit mois. Ce fut un saignement de nez. Sans être abondantes, les épistaxis se renouvelèrent presque chaque jour et ont persisté jusqu'à aujourd'hui.

Environ trois mois après, la malade s'aperçut qu'elle respirait difficilement par la narine droite, et enfin, quatre mois plus tard, c'est-à-dire il y a environ un an, elle constata avec sa langue que le côté droit du voile du palais bombait légèrement vers la bouche. La saillie n'aurait pas sensiblement augmenté depuis cette époque.

État actuel. — Il n'existe rien d'appréciable à l'extérieur; la narine et le nez n'ont subi aucune déformation. L'examen au rhinoscope fournit peu de renseignements; tout au plus voit-on dans la profondeur des narines une surface grisâtre. Une sonde de femme, introduite dans la narine droite, pénètre

jusqu'à la profondeur de 4 centimètres environ ; elle est arrêtée en ce point, et son contact détermine un écoulement de sang assez considérable. La cloison n'est pas déviée.

Les principaux signes sont fournis par l'examen de la voûte palatine. La portion osseuse est normale, mais la partie molle est notablement déprimée du côté droit. Il existe là une tumeur lisse et régulière ; au toucher, cette tumeur, sentie à travers le voile, est ferme, rénitente et immobile ; remarquez qu'elle siège au niveau du bord adhérent du voile. En introduisant le doigt par derrière au-dessus de cet organe, on sent nettement que la tumeur fait corps avec lui et se continue avec une autre tumeur qui se dirige vers la voûte de la fosse nasale correspondante ; le tout est uni, immobile et ne paraît nullement pédiculé. La paroi postérieure du pharynx, au niveau de l'apophyse basilaire, est libre. Cette exploration, assez pénible, détermine un léger écoulement de sang.

La malade souffre peu de la narine ; elle y ressent seulement quelques élancements de temps en temps. Elle est tourmentée par de fréquents maux de tête qui occupent exclusivement le côté droit. La narine droite étant complètement obstruée, la malade ne peut respirer de ce côté, et c'est ce dont elle se plaint le plus.

La sécrétion nasale paraît plutôt diminuée de ce côté ; il n'existe aucun écoulement purulent par la narine. La perception des odeurs a disparu du côté droit. L'ouïe est absolument intacte à droite comme à gauche. Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire. La santé générale n'est pas altérée.

Cette tumeur n'est pas un polype naso-pharyngien, puisque le point de départ habituel de ces polypes est l'apophyse basilaire, qui est libre ; d'ailleurs la femme a quarante-neuf ans, et ces tumeurs ne se développent que chez les jeunes garçons. Je laisse également de côté les polypes muqueux ou

glandulaires des fosses nasales, qui sont toujours pédiculés et souvent flottants dans la cavité.

S'agit-il de fibro-myxomes, c'est-à-dire de ces polypes qui ont pour siège l'orifice postérieur des fosses nasales? Non, parce que la tumeur fait corps avec le voile du palais. D'autre part, cette tumeur ne paraît pas avoir augmenté de volume sensiblement depuis un an; elle est presque indolente, occasionnant plutôt de la gêne, n'a pas atteint le système ganglionnaire et n'a pas altéré la santé.

Conclusion. — C'est une tumeur bénigne, et ceci nous permet d'éliminer le cancer et même le sarcome.

Quel sera donc le diagnostic?

Nous avons dit que cette tumeur faisait corps avec le voile, donc son point de départ s'est fait dans l'épaisseur de cet organe. Or les tumeurs bénignes primitivement développées dans le voile du palais sont généralement des adénomes. Le raisonnement nous conduit donc à formuler le diagnostic suivant : Adénome du voile du palais.

La malade a été opérée sans chloroforme, après insensibilisation du voile par la cocaïne. L'incision du voile n'a causé aucune douleur. Le doigt, introduit dans la boutonnière palatine, a pu tout de suite énucléer et amener la tumeur, qui présentait bien les caractères d'un adénome.

OBSERVATION IV

Enchondrome du voile du palais (obs. recueillie par M. Bonnemaison, externe dans le service de M. le professeur Tédénat).

Alfred Pastor, douze ans, né à Alicante, entre à l'hôpital le 25 avril 1891, pour une tumeur du voile du palais dont il ne peut préciser le début. En effet, le néoplasme était aussi

volumineux lorsqu'il a été remarqué pour la première fois qu'à l'heure actuelle. L'enfant avait une certaine gêne de la respiration, nasonnait un peu, mais ne ressentait aucune douleur.

Depuis lors, la dyspnée a augmenté progressivement; il n'y a jamais eu d'épistaxis ni d'hémorrhagie buccale. L'examen de la tumeur donne les résultats suivants: Elle est située au niveau de la partie droite du voile et semble être comprise dans son épaisseur. La muqueuse de la face inférieure, seule visible, a son aspect normal. La tumeur est implantée par sa partie supérieure sur la limite postérieure du voile, qui tombe en avant. Elle occupe aussi la partie supérieure du pilier postérieur et soulève la muqueuse pharyngienne voisine. Le néoplasme descend encore dans le pharynx; on est obligé d'abaisser la langue pour l'apercevoir.

Les ganglions sont indemnes. Le malade ne souffre pas, mais il respire par la bouche; la déglutition est gênée surtout, lorsqu'il s'agit d'aliments solides. On sent la tumeur sur le bord latéral du cou et à la partie supérieure, derrière la branche montante du maxillaire inférieur, elle gagne donc le pharynx postérieur.

27 avril. — *Opération.* — Anesthésie chloroformique. Afin d'empêcher l'écoulement du sang dans les voies respiratoires et pour permettre le tamponnement, s'il y a lieu d'y recourir, on pratique la trachéotomie préventive. M. le professeur Tédénat fait la trachéotomie supérieure rapide (procédé de Bourdillat).

Incision de 0,04 centimètres, à partir du cricoïde et sur la ligne médiane; deux écarteurs entr'ouvrent la plaie; des tampons la tiennent constamment nette. La ligne blanche est incisée et les muscles écartés. La trachée mise à nu est ouverte; on entend le sifflement caractéristique. À ce moment, à l'aide de l'index, l'incision trachéale est élargie et on place

un dilatateur, puis la canulé externe ordinaire et la canule interne. La canule externe est fixée par des rubans autour du cou.

Puis le malade est placé dans la position de Rose pour empêcher le sang de refluer dans les voies respiratoires. Un dilatateur est placé dans la bouche, dont on pratique le tamponnement à l'aide de gaze salolée. La muqueuse du voile du palais est incisée sur la ligne médiane à l'aide du thermocautère. La tumeur apparaît. Elle a un aspect blanc, nacré comme celui d'un chondrome ou d'un fibrome. On l'énuclée avec l'index droit, non sans de grandes difficultés, car elle est très volumineuse et très adhérente en haut.

Sur les flancs de la tumeur, on voit des tractus fibreux rouges qui ne sont que des insertions musculaires qu'il faut briser. Au moment où la tumeur est sortie de sa gaine, il se produit une hémorrhagie abondante provenant des vaisseaux qui la nourrissaient. Par une compression méthodique et continue durant une demi-heure, on arrête cette hémorrhagie. On panse la plaie à la gaze salolée.

En se réveillant, le malade n'est pas affaissé. Son pouls est bon. On le nourrit à l'aide d'une sonde œsophagienne avec du bouillon et du jus de viande.

Depuis l'opération, et grâce à des soins antiseptiques minutieux, aucun symptôme d'infection n'est venu retarder la cicatrisation de la plaie.

Le 8 mai, la région avait repris son aspect à peu près normal; à peine une légère rougeur subsistait-elle au point d'application du thermocautère.

Le malade quitte l'hôpital.

Examen macroscopique. — La tumeur pèse 73 grammes et demi; elle a exactement la forme d'un rein avec un hile où pénétrent les gros vaisseaux. Sa surface est lisse, bien

circonscrite, sa couleur claire et rosée; elle présente plusieurs cassures faites pendant l'extraction. Elle se laisse aisément couper en petits cubes à arêtes vives et présente la consistance rigide du cartilage. Le tissu est demi-transparent et rosé dans les parties qui avoisinent le hile, opalescent et un peu plus opaque dans les parties périphériques. Toute la tumeur paraît homogène et constituée par un seul tissu.

Examen histologique. — Des fragments très frais ont été durcis dans l'alcool faible, puis dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les coupes ont été colorées soit par divers carmins, soit par l'hématoxyline et l'éosine.

Ces coupes sont parcourues par des traînées de tissu fibreux ou fibro-cartilagineux contenant des vaisseaux sanguins qui circonscrivent plus ou moins nettement les lobules arrondis dépourvus de vaisseaux et dont les dimensions peuvent atteindre plusieurs millimètres carrés.

Ces lobules sont eux-mêmes parcourus par des traînées fibroïdes, colorées en rose par le picro-carmin, émanant des travées fibreuses péri-lobulaires et formant des réseaux dont les mailles sont occupées par une substance hyaline d'un aspect nacré homogène, à peine coloré par le carmin et nullement par l'hématoxyline. Dans ces espaces hyalins, on voit des cellules tantôt nombreuses, tantôt clairsemées appartenant soit au type réticulé, soit au type capsulaire. Les cellules du premier type sont de forme irrégulière, pourvues de longs prolongements rameux qui s'anastomosent entre eux. Les cellules du type capsulaire sont sphériques et souvent disposées en forme de couronne, comme dans le cartilage costal. Il existe aussi de grandes capsules à cellules multiples; dans les préparations traitées par l'hématoxyline et l'éosine, les capsules sont colorées en bleu pur et les noyaux en rouge.

Le réticulum fibroïde intra-lobulaire, ainsi que les travées

péri-lobulaires, renferment des cellules fusiformes et stellaires parmi lesquelles on distingue toujours quelques cellules encapsulées.

Dans quelques lobules, le tissu présente plutôt l'aspect de tissu muqueux que celui du cartilage. La substance intercellulaire est très abondante, demi-fluide, et les cellules très clairsemées sont unies entre elles par de longs filaments protoplasmiques formant réseau. Dans quelques points, la substance intercellulaire est restée complètement liquide, malgré l'action des réactifs et donne ainsi lieu à une apparence de kyste.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 juillet 1891.
Le Recteur de l'Académie,
H. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 juillet 1891.
Pour le Doyen,
L'Assesseur,
E. BERTIN-SANS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- RECLUS et DUPLAY. — Traité de pathologie chirurgicale, t. V.
- JAMAIN et TERRIER. — Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, t. III et IV.
- TILLAUX. — Traité de clinique chirurgicale.
- LABAT. — Thèse de Paris, 1874. Des lipomes de la cavité buccale.
- BARRIÈRE. — Thèse de Montpellier, 1878. Des tumeurs du voile du palais, confondues sous le nom d'adénomes.
- OTT. — Thèse de Paris, 1880. Contribution à l'étude des tumeurs du voile du palais.
- MORMICHE. — Thèse de Paris, 1882. Contribution à l'étude de l'adénome palatin.
- FONNEGRA. — Thèse de Paris, 1882. Essai sur les tumeurs du voile du palais.
- GAYRAUD. — Dict. encyclopédique, article PALAIS.
- Gaz. médicale de Paris, 1883. — Anévrisme de la carotide interne, par M. le professeur Dubrueil.
- Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1872. — Un cas de myxome, par Thaon.
- Archives générales de médecine de Paris, 1890, t. I, p. 537. — (Rapport sur un mémoire de M. de Larabrie, de Nantes, sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires, par M. Ch. Monod.)
- Gaz. des hôpitaux, Paris, 1885. — Un cas d'adénome supérieur, par Tillaux.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!
